

Zur Bedeutung des Geschlechterverhältnisses in der Praxis von Therapie und Supervision

Freytag, Gabriele

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Freytag, G. (1994). Zur Bedeutung des Geschlechterverhältnisses in der Praxis von Therapie und Supervision. *Journal für Psychologie*, 2(3), 73-78. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-24924>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Psychologie in der Berufspraxis

Zur Bedeutung des Geschlechterverhältnisses in der Praxis von Therapie und Supervision

Gabriele Freytag

Der gängige therapeutische Diskurs tendiert dazu, die Kategorie „Geschlecht“ auszuklammern, genauso wie andere Unterschiede zwischen Menschen, ob sie nun Rasse, Klasse oder Beziehungsform betreffen, nicht vor einem gesellschaftlichen Hintergrund begriffen werden, d. h. Machtverhältnisse werden nicht benannt und analysiert. So entsteht die Tendenz, Erfahrungen einer dominanten Gruppe als universell gültig auszugeben und anderen aufzudrängen. Die Erfahrungen abweichender sozialer Gruppierungen finden sich nicht repräsentiert bzw. werden als defizitär bewertet. Die Macht des therapeutischen Denkens und Handelns wird hier zur Herrschaft. Wenn wir den Blick auf Frauen richten, können wir sehen, wie die Kategorie „Geschlecht“ die therapeutische Praxis durchzieht und wie das Fehlen einer politischen Perspektive immer das fördert, was sich kulturell als Normalität definiert: die Herrschaft des Männlichen über das Weibliche. In diesem Sinne ist die Parteilichkeit einer feministischen Haltung gefragt, um Therapie und Supervision nicht zu einer bloßen Affirmation des Bestehenden und zum Unterdrückungsinstrument verkommen zu lassen. Hierzu ist die Arbeit vonnöten, nahezu jedes Detail des therapeutischen Prozesses auf seine Funktion im Geschlechterverhältnis zu hinterfragen und auf seine Eignung als Initialzündung für Befreiung.

Exemplarisch und so detailliert wie in diesem Rahmen möglich möchte ich das in vier

Bereichen tun – die ich nach dem Prinzip „von innen nach außen“ abhandle.

Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern

Wenn eine Klientin ein Therapiezimmer betritt, können wir fast immer von einer charakteristischen Arbeitsteilung im Geschlechterverhältnis ausgehen: Die Frau begibt sich in Therapie, nicht der Mann. Dem Mann stehen als Mitglied des herrschenden Geschlechts zahlreichere und funktionstüchtigere Abwehrmechanismen zur Verfügung als der Frau. Die Frau hat das Problem. Sie arbeitet daran und sie verändert sich. Der Mann wartet auf die Ergebnisse und hofft, daß sie ihm auch zugute kommen bzw. nicht schaden.

Zum Beispiel: Eine siebenundzwanzigjährige Frau sucht therapeutische Hilfe, weil sie seit der Geburt des ersten Kindes von vorwiegend nächtlichen Angstzuständen geplagt ist. In der zweiten Sitzung stellt sich heraus, daß die Angstzustände mit der Veränderung der Beziehung zu ihrem Ehemann zusammenhängen: Mit dem Kind trat eine Entfremdung ein, gute Gespräche wurden seltener und schwieriger, Streit um Arbeitsorganisation und -teilung häufiger. Sie befürchtet, daß sie beide die Veränderungen „nicht auf die Reihe kriegen“ und die Beziehung zerbricht. Der Mann hat zwar auch seit der Geburt des Kindes starke körper-

liche Beschwerden, er äußert auch mehr Unzufriedenheit über die mangelnde eheliche Sexualität als seine Frau, einer Paartherapie stimmt er jedoch nicht zu, er geht zum Arzt.

Viele Frauen ärgern sich darüber, daß ihre Männer, Väter, Brüder, Kollegen oder Freunde sich höchst selten den Mühen einer langjährigen Therapie unterziehen. Die Frauen „fangen bei sich selber an“ und machen aus der Not eine Tugend. Frauen formulieren, vor allem zu Beginn, daß sie die Therapie als Beziehungsarbeit und emotionale Hausarbeit sehen: Sie wollen nicht, daß die Kinder „soviel abkriegen“ oder sich „alles wiederholt“, was sie selber als Kind erlebt haben; sie wollen alles, was möglich ist, zur Verbesserung oder Rettung der Beziehung beitragen.

Doch auch ein Blick auf die traditionelle materielle Hausarbeit ist unter der Perspektive der Geschlechterverhältnisse lohnend. Frauen fordern hier inzwischen stärker die Beteiligung ihrer Männer ein, die Männer stimmen dieser Forderung zwar mitunter theoretisch zu und stellen „Besserung“ in Aussicht, praktisch entziehen sie sich aber gerne („Sie sehen einfach nicht, was zu tun ist“) – und die Frauen belassen es dabei. Söhne lernen Hausarbeit oft nur als Strafe kennen („Weil du so frech warst, mußt du heute die Spülmaschine ausräumen“), womit sie sicherlich eine Lektion fürs Leben begriffen haben. Soweit ist der Konflikt in vielen Familien zwar frustrierend für die Frauen, aber doch immerhin begreifbar.

Sehr viel unübersichtlicher wird es, wenn wir uns anschauen, was das Geschlechterverhältnis hier in den Frauen anrichtet. Zahlreiche Klientinnen, die mit einem Mann und Kindern zusammenleben, äußern scheinbar beiläufig und ohne es als Problem zu formulieren, daß sie „eine schlechte Hausfrau“ seien. Diese Feststellung wird mit einer deutlich aggressiven Betonung getroffen. Auf Nachfragen stellt sich heraus, daß sie ungern für die Familie kochen, dies auch mehr oder weniger häufig ausfallen lassen, dem Putzen und Waschen mindestens ebenso abgeneigt sind und dafür eine Putzfrau beschäftigen bzw. es anstreben. Dem sind in der Regel erfolglose Auseinandersetzungen mit dem Mann über seine Mitarbeit im Haushalt vorausgegangen. Die Vernachlässigung bzw. Verweigerung von

Haushaltsarbeit erleben die Frauen zunächst als befriedigend. Bei tieferer Analyse wird jedoch ein Knäuel von Schuldgefühlen, Legitimationsdruck und angestauter Enttäuschung sichtbar, an dessen Entwirrung die betreffende Frau kaum interessiert scheint, obwohl sie tagtäglich schwer daran trägt. Es macht den Eindruck, als ob dieses Leid als Grundpfeiler des Familienlebens bzw. des Frauseins angesehen wird.

Doch zurück zur emotionalen Arbeitsteilung in der Familie. Töchter wissen fast immer von der Therapie der Mütter, auch wenn sie erst fünf Jahre alt sind. Die Töchter unterstützen die Mutter („Mami, geh da ruhig hin, das ist wichtig für dich, ich komm’ schon zurecht“), sie sind bereit, auf ihre Geschwister aufzupassen und eigene Bedürfnisse zurückzustellen, z. B. wenn sie krank sind. Die Töchter erkundigen sich auch bisweilen nach den Inhalten der Therapiesitzungen, bzw. es wird ihnen davon erzählt.

Söhne wissen auch gelegentlich von der Therapie ihrer Mutter, es wird aber nie mit ihnen darüber gesprochen, und mir ist, außer bei einer alleinerziehenden Mutter, nicht bekannt, daß sie sie unterstützen.

Bei den Partnern gibt es beide Gruppen, die Unterstützenden und die eher Gleichgültigen. Hinzu kommt die Gruppe der Therapiefeinde („Was willst du da, das bringt doch nichts!“) und -saboteure („Ich brauch’ jetzt das Auto“) und derer, die es vorsorglich gar nicht erzählt bekommen.

Fazit: Keine Gruppe ist so klar unterstützend und wird von den Frauen aktiv in die Therapie miteinbezogen wie die Töchter. So lernen sie, was ihre Mütter schon wissen: Gefühlsarbeit ist Frauensache.

Macht und Ohnmacht in der Familie

Einer Vierjährigen, die wiederholt äußert, sie habe Bauchschmerzen, sagt die Mutter: „Versuch’ doch mal rauszufinden, warum du das hast.“ Die Mutter vermutet, daß die Tochter Bauchschmerzen hat, weil der Vater seit kurzem bei seiner Freundin in einer anderen Stadt lebt und weil niemand mit dem Mädchen klar über diese Situation und ihre Gefühle redet.

Der Mutter fällt es aus zwei Gründen schwer, mit der Tochter über die Trennung

vom Ehemann und Kindsvater zu sprechen. Erstens, die Tochter ist in letzter Zeit so verschlossen, die Mutter fühlt sich ihr gegenüber ähnlich hilflos wie gegenüber ihrem Partner. Zweitens, der Ehemann wirft ihr vor, daß sie ihre eigenen Verlassenheitsgefühle in die Tochter hineininterpretiere („Wenn du so über sie denkst, dann fühlt sie auch so“). Die Mutter mag nicht als die Beeinflussende, Machtvolle, gar Sich-Rächende dastehen und hält sich zurück. Sie begibt sich ihrem Ex-Partner gegenüber in eine machtlose Position, gleichzeitig nimmt sie auch die Position mütterlich-sorgender Macht gegenüber der Tochter nicht wahr und läßt diese alleine.

Seit Wochen beschäftigt die Klientin, wie sie ihren Ehemann dazu bewegen kann, regelmäßige Kinderbetreuung zu leisten. Zunächst stellt es sich so dar, daß an den Mann nicht ranzukommen ist: Er tut, was er will; sie fühlt sich ohnmächtig. Allmählich werden, je klarer und entschiedener die Klientin sich fühlt und äußert, Fortschritte deutlich: Er ist zu beeindruckt, er hält sich an eine Absprache.

So besteht streckenweise Therapie aus einer Art Empowerment-Training für benachteiligte Gruppen, in diesem Fall Ehefrauen: Schritt für Schritt werden zunächst Ohnmachtsgefühle wahrgenommen, erfolglose Strategien identifiziert, Widerstände gegenüber Veränderung erfühlt, Möglichkeiten der Veränderung gedanklich erforscht und kleine Schritte in die gewünschte Richtung unternommen. Die neue Erfahrung („Ich kann etwas tun“) wird mit dem alten Ohnmachtsgefühl rückgekoppelt und führt zu einer entscheidenden Modifikation; hieraus kann wiederum Energie für einen nächsten Schritt geschöpft werden. Der ganze Vorgang wird fast immer durch andere Frauen (Nachbarin, Freundin, Frauengruppe) unterstützt, die die Fortschritte lobend zur Kenntnis nehmen und falls nötig auf drohende Rückschritte hinweisen.

Ein Machtzuwachs der Mutter kommt den Kindern zugute. Erstens kann die Mutter besser für sie sorgen, indem sie z. B. die Interessen der Kinder gegenüber dem Vater vertritt. Zweitens ist eine Mutter, die nicht alles über sich ergehen läßt und leidet, ein gutes Vorbild und Gegenüber für Töchter und Söhne. Gerne sage ich Frauen, wenn sie sich scheuen, Machtzuwachs anzustreben („Dann werde ich zu egoistisch“), daß sie auch ihren Kindern

am meisten helfen, wenn diese eine Mutter erleben, die ernstzunehmen ist.

Mit dem Blick auf die Machtverhältnisse zwischen Frau und Mann ergeben sich hier andere Schritte als unter einer individualistischen Perspektive auf die Frau. Wird letztere eingenommen, geht es meist darum, daß die Frau sich ändert: Sie würde unterstützt werden, sich „wirklich zu trennen“, unrealistische Erwartungen an die Beteiligung des Mannes „loszulassen“ und für sich selber Lösungen zu finden, wie z. B. eine verstärkte Betreuung der Kinder durch andere Personen. Die Position des Mannes bliebe auf diese Weise unangetastet.

Psychotherapie mit dem Blickwinkel auf das Geschlechterverhältnis bedeutet hingegen immer, daß Privilegien offengelegt werden und zur Diskussion stehen.

Unterschiede zwischen Frauen

Frau B. berichtet, daß sie sich in einer angeleiteten Frauengruppe, in der sie ein paar Jahre Mitglied war, nie richtig wohlfühlt hat. Auf Nachfragen stellt sich heraus, daß alle anderen Gruppenmitglieder mit Familie lebten und ihre familiären Probleme Hauptthema der Gruppengespräche waren. Die Klientin selber lebt alleine und ist unsicher darüber, ob sie das beibehalten oder ob sie heiraten und Kinder bekommen möchte. Sie ärgert sich, daß sie ihre Belange nicht stärker in die Gruppe eingebracht hat und nimmt die Schuld für das „Versagen“ auf sich. Auch die Leiterin habe zu ihr gesagt, sie müsse sich den Platz nehmen, den sie haben will, jede in der Gruppe könne und dürfe das.

Als ich sie darauf hinweise, daß es schwierig sein kann, in einer Gruppe, in der die anderen die Normalität verkörpern und sie die Abweichung, sich zu äußern, mag sie das gar nicht aufnehmen. Sie sieht zwar, daß sie nicht nur in der Gruppe, sondern auch in der Kleinstadt mit ihrer Lebensform nicht zur Mehrheit gehört, sieht es dennoch als ihr alleiniges Problem an, sich Geltung zu verschaffen. Es ist zwar auch ihr individuelles Problem, sich Raum zu nehmen, aber trotzdem erscheint es mir nicht sinnvoll, dieses Problem ausgerechnet unter recht ungünstigen Umständen (kein näherer Kontakt zu den anderen Frauen, keine

Unterstützung von der Leitung, objektiver Außenseiterstatus) überwinden zu wollen.

Wenn die Haltung „Jede muß und kann für sich selber sorgen“ als Leitlinie für Gruppengeschehen fungiert, werden soziale Unterschiede ausgeklammert. So kann die „Mehrheit“ sich bestätigen und die „Minderheit“ muß die Schuld für Frustrationen bei sich selber suchen. Dieses Muster gilt für Frauen in männlich dominierten gemischtgeschlechtlichen Gruppen, für lesbische Frauen in überwiegend oder ausschließlich heterosexuellen Gruppen, für Behinderte in Gruppen von Nicht-Behinderten, für Farbige in Gruppen von Weißen und für Angehörige der Arbeiterklasse zwischen Mittelschichts- und Oberschichtsmigliedern. Die postulierte Gleichheit in den Ausgangsbedingungen („Jede kann hier, wenn sie nur will“) produziert immer eine Erfahrung zu Lasten der gesellschaftlich Benachteiligten. Eine gute, korrigierende Erfahrung in einer Therapie- oder Selbsterfahrungsgruppe ist möglich, sogar wenn die Verhältnisse zwischen Mehrheit/Normalität und Minderheit/Abweichung so krass sind wie im dargestellten Fall – so ist es ja auch oft im Leben. Das setzt jedoch ein politisches Verständnis der Unterschiede von seiten der Leiterin oder einer anderen mächtigen Frau in der Gruppe voraus. Folgende Kriterien können der Überprüfung dienen, ob ein solches Verständnis und seine Umsetzung vorhanden sind:

- Unterschiede in der Gruppe werden für alle thematisiert, und zwar nicht ausschließlich von der sozialen Minderheit.
- Wertungen werden offengelegt und (selbst)kritisch betrachtet.
- Die „Minderheitenposition“ wird einführend verstanden, besonders z. B. Mißtrauen und Vorsicht aufgrund diskriminierender Erfahrungen und die Erschwernisse, sich selbstverständlich Raum zu nehmen.

Der Betroffenen ist nicht damit gedient, daß ihr vorschnell eine „gute Erfahrung“ aufgedrängt wird („Sei doch nicht so verschlossen, wir warten alle nur darauf, daß Du Dich äußerst“) und daß von ihr allein die Initiative verlangt wird.

Angst, Ärger, (Ohn)Macht in Institutionen

In einem Team der Sozialen Dienste, das ich seit einigen Monaten supervidiere, sprechen

wir über den Fall der Familie A. Frau A. wird von ihrem Ehemann wiederholt schwer mißhandelt; sie zieht daraufhin mit ihrer Tochter ins Frauenhaus. Ihr Mann wird bald danach verurteilt, sitzt dann wegen versuchten Totschlags und Drogenmißbrauchs im Gefängnis. Sie und die Tochter kehren wieder in die Wohnung zurück. Einige Monate später wird der Mann auf Bewährung entlassen. Es hat sich nichts geändert; er schlägt sie weiterhin. Sie geht eines Tages mit dem Messer auf ihn los. Beim nächsten Besuch bei der Sozialarbeiterin erzählt sie davon, äußert dann Selbstmordgedanken und wirkt unansprechbar. Daraufhin ist die Sozialarbeiterin sehr beunruhigt und veranlaßt eine Einweisung in die Psychiatrie.

Später arbeiten wir folgendes heraus: Die Angst, wenn Frauen, die ja überwiegend das Klientel der sozialen Dienste darstellen, aggressiv oder uneinschätzbar werden, ist sehr viel größer und hat unmittelbarerem Eingreifen zur Folge als die Angst vor den ebenfalls unberechenbaren und latent oder offen gewalttätigen Männern. Letztere werden erstens nicht direkt erlebt, oft kennen die Sozialarbeiterinnen sie nur vom Hörensagen. Auf die Frauen hingegen hat die Sozialarbeit Zugriff. Zweitens stellen sie im Stadtteil die Mehrheit/Normalität dar. Und drittens erfahren die Sozialarbeiterinnen ihr weibliches Klientel als persönlich näher, Ängste und Abwehr werden schneller und heftiger aktiviert als bei den weit entfernten, abwesenden Männern. So entsteht die Tendenz, daß männliche Gewalt und Drohung geduldet wird und phantasierte Gewalt von Frauen zu oft überstürztem Eingreifen führt.

Doch zurück zum Fall A. Die Frau ist in psychiatrischer Obhut, die Tochter soll beim Vater bleiben. Am nächsten Tag hat der Vater die Spielsachen und Gegenstände der Tochter zerstört; das fällt im Kindergarten auf. Der Vater soll nun auf keinen Fall das Kind behalten; es wird ins Heim gebracht. Der Mann bedroht daraufhin mehrmals telefonisch die Sozialarbeiterin („Das werden Sie noch büßen“).

Er besucht einige Tage später seine Frau in der Psychiatrie, mit Blumen. Sie solle doch wieder nach Hause kommen, sie bekämen dann auch die Tochter, und alles würde wieder gut werden. Auf Drängen des Mannes

ruft die Frau die Sozialarbeiterin an und fordert, daß der Mann wieder das Kind bekommt. Die Sozialarbeiterin ist inzwischen völlig entnervt und überfordert („Mir reicht's, soll er doch das Kind haben“). Zwei Kolleginnen übernehmen den Fall.

Wir diskutieren eine Weile über die Ängste der Sozialarbeiterinnen um Leib und Leben. Vom Mann befürchten einige, daß er sie umbringen könnte (in der Stadt ist bereits einmal eine Sachbearbeiterin des Sozialamts von einem aufgebrachten Mann erschossen worden). Von der Frau befürchtet das keine. Gleichzeitig werden ihre phantasierten heftigen Auftritte mit größerer emotionaler Beteiligung geschildert und nehmen auch mehr Raum ein.

Ich weise auf das Gefühl der Machtlosigkeit hin, das nicht nur diese Supervision, sondern auch die vorangegangen durchzieht. Ich meine damit folgendes: Die sozialen Dienste reagieren in der Regel auf Handlungen oder Forderungen des Klientels oder auf Hinweise von dritter Stelle. Sie erleben ihr Klientel als wankelmütig und mächtig: Heute wollen sie dies und morgen das, und immer ganz vehement. Selten erfahren die Sozialarbeiterinnen ihr Handeln als wirkungsvoll. Entweder können sie von vornherein nichts tun (wie bei der alleinerziehenden Mutter, die für ihre vier Kinder nicht ausreichend sorgt, aber noch ein fünftes bekommt), oder ihr Tun wird immer wieder von der Klientel sabotiert.

Ich schlage vor, das Gefühl von Ohnmacht und die reale Machtlosigkeit zum Thema zu machen. Das Gespräch ist nachdenklich und zunehmend lebhaft. Zum Beispiel wird deutlich, daß fast alle bereit wären, die Verantwortung zu übernehmen, wenn etwas „schiefgeht“. So geschehen vor acht Jahren, als eine Frau im Stadtteil ihr Kind verhungern ließ. Und das, obwohl alle, auch die mit dem Fall betraute Kollegin, sagen, sie hätten es nicht vorher wissen können, daß das Kind in solcher Gefahr ist; die Mutter habe einen so normalen Eindruck gemacht.

Es schält sich immer mehr heraus, daß sie sich als Anwältinnen der Interessen der Kinder verstehen. Dafür hetzen sie auch mal in strömendem Regen zu einer Wohnung, wo von Nachbarn der Hinweis gegeben wurde, das Kind sei nicht mehr zu hören. Sie machen das mit viel Einsatz, Kreativität und Engagement

und wenig Befugnissen. Frauen verwenden eine Menge Energie auf ihre machtlose Verantwortlichkeit. Alles, was schiefgeht, hätten sie verhindern können. Bei allem, was entschieden wird, waren sie nicht beteiligt.

Als ich die Supervisandinnen anrege, zu assoziieren, wie sie „machtvoll“ und „machtlos“ arbeiten können, entstehen spontan und lebendig Bilder von machtvолlem Eingreifen: Bedingungen setzen („Entweder Sie machen das so, oder ich kann ihnen nicht weiterhelfen“), Erwartungen formulieren, daß die Betroffenen selber etwas ändern („Wenn Sie Ihre Kinder wiederhaben wollen, dürfen Sie nicht mit einem gewalttätigen Mann zusammen sein“), Grenzen setzen (von: „Montag paßt mir nicht, kommen sie bitte am Donnerstag“, bis zur letzten Grenze: „Ich möchte mich nicht mehr mit Ihrem Fall befassen“, amtsdeutsch: die Akte schließen.) Angst und Wut werden nicht mehr an den Naheliegenden, den Frauen, abreagiert, sondern als Motor für emanzipatorisches Eingreifen genutzt.

Was ist daran so ungewöhnlich?

Von Arbeitsteilung über Machthierarchien in der Familie, über Unterschiede zwischen Frauen bis zur Angst in Institutionen zieht sich das Geschlechterverhältnis wie ein roter Faden durch die psychotherapeutische und supervisorische Praxis. Immer können wir mit diesem Faden in der Hand die Frage stellen: Wessen Interessen werden hier durchgesetzt? Wie kann Herrschaft erschüttert werden, und wie sieht eine emanzipatorische Perspektive für die Benachteiligten aus? Manchen mag der Unterschied zwischen dem beschriebenen Vorgehen und einem „geschlechtsneutralen“ Verständnis gering erscheinen – er ist es nicht. Wenn wir nicht die Arbeit auf uns nehmen, das Geschehen immer wieder unter dem Blickwinkel des Geschlechterverhältnisses bzw. der gesellschaftlichen Unterschiede zu reflektieren, lassen wir Machtverhältnisse unangetastet und tragen lediglich zu ihrem reibungslosen Funktionieren bei. Als psychotherapeutisch und supervisorisch Tätige haben wir immer mehrere Möglichkeiten zu intervenieren; wir können uns entscheiden, ob wir Herrschaft unangetastet lassen oder Befreiung ermöglichen und unterstützen.

Manchen mag ein Vorgehen wie das beschriebene völlig selbstverständlich vorkom-

men – umso besser: Sie haben das Prädikat „feministisch“ verdient.

Zum Weiterlesen:

Bilden, Helga (Hg.) (1992): Das Frauentherapiehandbuch. München
Burgard, Roswitha (1988): Mut zur Wut. Berlin
Debold, Elisabeth, Malavé, Idelisse, & Wilson, Marie (1994): Die Mutter-Tochter-Revolution. Reinbek
Freytag, Gabriele (1992): Grundlagen der Feministischen Therapie. In: Bilden 1992

Gissrau, Barbara (1993): Die Sehnsucht der Frau nach der Frau. Zürich
Goodrich, Thelma u. a. (1991): Feministische Familientherapie. Frankfurt/M.
dies. (Hg.) (1994): Frauen und Macht, Frankfurt/M., New York
Rohde-Dachser, Christa (1991): Expedition in den dunklen Kontinent, Berlin



Asanger

Praxismaterialien

Hiltrud Lugt-Tappeser, Leonhard P. Tappeser

Anamnestischer Erhebungsbogen

Ein strukturierter Interviewleitfaden.

56 S. DIN A4 Kopiervorlagen in Kassette, DM 98.- (254-0)

Der „Anamnestische Erhebungsbogen“ ist ein umfassendes und standardisiertes Instrumentarium zur tiefen Anamneseerhebung bei Erwachsenen. Für den im psychosomatischen und psychosozialen Bereich tätigen Diagnostiker, Berater und Therapeuten, der sich ein anschauliches Bild der Lebensgeschichte und des momentanen Zustandes des ihn Aufsuchenden machen will, bietet dieses auf empirischer Basis und in praxisrelevanter Erfahrung erprobte System ein ausführliches Schema zur phänomenologischen Datenerfassung.

Roland Asanger Verlag, Rohrbacher Str. 18, D-69115 Heidelberg
Tel. 06221/18 31 04, Fax 06221/16 04 15